

Superando práticas asilares: gênero e saúde mental

Ana Paula Müller de Andrade, UFSC
psicopaula@yahoo.com.br

O campo da saúde mental e da reforma dos modos de cuidar em saúde mental, especificamente o processo da reforma psiquiátrica brasileira, tem se mostrado um terreno profícuo para a construção de entendimentos acerca dos processos que atravessam tanto a prática cotidiana da assistência e a militância política como a produção teórica necessária para a superação de práticas asilares/repressoras, que tendem a reforçar o estigma e o preconceito para com a loucura e o louco- este último entendido como o personagem social produzido com o encargo simbólico de corporificar a loucura.

As reflexões trazidas no decorrer deste trabalho encontram-se permeadas pela prática assistencial exercida e a militância política no campo da saúde mental, em transformação desde a década de 80 com o Movimento da Reforma Psiquiátrica que passou a questionar os saberes e práticas psiquiátricos e o espaço do hospital psiquiátrico como local de tratamento.

É importante entender que a emergência do processo da reforma dos modos de cuidar em saúde mental, no final dos anos 70, foi fruto de um momento histórico no qual os movimentos sociais exerceram um papel fundamental na conquista de direitos e, também, espaços de abertura e discussões sobre a realidade sócio-política e de algumas verdades, tomadas, até então, como absolutas. Como discutido por SANTOS (1995)¹, os movimentos sociais formularam “alternativas mais ou menos radicais ao modelo de desenvolvimento econômico e social do capitalismo” e afirmaram o protagonismo de diversos atores sociais.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira foi desencadeado no final dos anos setenta, com o país em processo de democratização e, especificamente, com um diálogo estreito com a experiência italiana, que aprovara a Lei 180 e já fechara os hospitais psiquiátricos, e com seus interlocutores Franco Basaglia, Franco Rotelli, dentre outros.

Iniciado por trabalhadores da saúde e sustentado, até os dias de hoje, por diversos atores, tais como usuários dos serviços de saúde, familiares, trabalhadores da saúde e também de outros campos do conhecimento, tal processo ganhou força em um encontro na cidade de Bauru, em 1988,

¹ SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice**. O social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

reunindo todos os envolvidos e que, com a criação do lema Por uma Sociedade Sem Manicômios, impulsionaram o movimento da luta antimanicomial.

Em 2001, após vários anos de tramitação no Congresso Nacional e de mobilizações da sociedade civil organizada, o país aprovou a Lei 10216 (BRASIL 2004) ² que estabelece direitos para os portadores de transtornos mentais e redireciona a assistência psiquiátrica no país, indicando a criação de uma rede de serviços comunitários que substitua o hospital psiquiátrico.

Assim como no Brasil, nos demais países da América Latina houve transformações dos modos de cuidar em saúde mental, em especial, após a Declaração de Caracas, assinada pelos países da Região das Américas, nos anos 90, o que representou um marco na saúde mental das Américas. Apesar dos possíveis avanços e transformações, os dados do Relatório da Organização Mundial da Saúde, sinalizam para dificuldades e heterogeneidade no ritmo das transformações

Quanto aos serviços de saúde mental, os dados mostram que, apesar da adoção da Resolução CD40.R19[documento que resume a situação na região], os hospitais psiquiátricos, na maioria dos países, continuam sendo a estrutura básica do sistema de saúde mental. Mais de 70% dos países têm menos de 20% dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Somente três países têm mais de 50% do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e um número significativo de leitos em instalações residenciais na comunidade.[...] Em resumo, esses dados destacam alguns avanços importantes registrados na última década, após a Declaração de Caracas. A iniciativa para Reestruturação dos serviços Psiquiátricos na América Latina foi particularmente bem sucedida no que se refere à reformulação de políticas e planos nacionais de saúde mental. Contudo, os dados mostram também que a implementação das políticas e planos encontrou vários obstáculos e ainda falta muito para atender as necessidades de saúde mental da população regional. (OMS, 2001,p.7)³

Esse brevíssimo panorama sobre a situação das transformações no campo da saúde mental no Brasil e demais países da América Latina e Caribe, aponta para os desafios enfrentados pela maioria dos países na transformação da assistência à saúde mental e nos diversos processos de implantação e manutenção de serviços substitutivos e outros dispositivos necessários a superação da cultura manicomial.

Acredito que estes desafios estão relacionados tanto a características sócio-culturais, como maior ou menor abertura da população no acolhimento à alteridade e adesão ao movimento quanto aos aspectos político-econômicos situados na configuração de forças hegemônicas em determinados países. Nos países do cone sul os desafios são grandes, pois, acrescidos aos embates sócio-políticos,

² BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental – 1990/2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 5ª Edição Ampliada.

³ OMS - Organização Mundial de Saúde. **Saúde mental nas Américas**: Novos desafios num novo milênio. Washington, DC, 2001.

alia-se a precariedade de recursos para investimentos em políticas públicas. Entretanto, como observado, a maioria dos países tem aderido ao movimento antimanicomial, criando legislações próprias voltadas para a transformação do sistema de saúde mental.

O movimento da luta antimanicomial e o processo da reforma psiquiátrica brasileira

Ao propor uma transformação no âmbito das relações da sociedade para com a loucura, dentre as inúmeras questões que o movimento da luta antimanicomial despertou na busca pela desinstitucionalização da loucura, podemos reconhecer, no mínimo, três pontos estabelecidos para que a reforma psiquiátrica no país pudesse avançar e alcançar seus objetivos. Um deles estaria situado no âmbito da extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, que pragmaticamente, deslocaria o hospital psiquiátrico do centro da rede de cuidados em saúde mental.

Outro ponto, em íntima relação com o anterior, tratava da construção de uma rede de serviços que dessem conta do cuidado em liberdade, integral e de base territorial. Tais serviços deveriam ser referência para as pessoas, o mais próximos de suas residências, onde o trânsito na cidade fosse facilitado, para todos. Além da oferta de serviços abertos e de base territorial, tal ponto também colaboraria para a transformação da cultura manicomial.

O terceiro ponto, não menos importante, seria a superação da cultura manicomial através de práticas que possibilitassem novos modos de subjetivação e convivência com a diferença, com a loucura e pressupunha a ressignificação dos conceitos do campo da saúde mental. Neste sentido, o processo de desinstitucionalização iria além da pura e simples desospitalização, mas pretendia desinstitucionalizar o hospital psiquiátrico e todo o aparato teórico, subjetivo, ético, estético e físico que o mantinha. Enfim, tudo o que ele representava.

Interessa discutir aqui, dado o objetivo do trabalho, o terceiro ponto, entendendo que ao discuti-lo estamos também refletindo sobre os demais, pois trata-se de ponto fundamental para as transformações das formas de cuidar em saúde mental. Assim, entendo que a transformação das relações envolvidas neste processo parece ser o maior desafio do processo de desinstitucionalização. Como dizem DE LEONARDIS, MAURI & ROTELLI (1990)⁴:

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os

⁴ De LEONARDIS, MAURI, ROTELLI. Prevenir a Prevenção. IN: ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**, São Paulo: Hucitec, 1990.

modos de viver e sentir esse sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta cotidiana.

Neste sentido, a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido um desafio cotidiano. A substituição do modelo asilar por uma nova lógica no cuidado do sofrimento psíquico tem desencadeado reflexões constantes quanto ao sujeito, a subjetividade, a experiência do adoecimento e suas terapêuticas, dentre outros. Como argumenta BEZERRA (2001:139)⁵:

de que qualquer proposta de transformação da assistência como um todo tem suposta, pressuposta, debatida ou não, algumas noções básicas sobre o que é o sujeito, sobre o que é a interação humana, sobre o que é um sintoma ou se não quiserem sintoma, o que é o sofrimento, sobre o que é terapêutico, sobre o que é cura (...).

Em nossa sociedade a cultura hospitalocêntrica e as relações históricas de poder ainda são um entrave para as transformações no campo da assistência psiquiátrica. Tanto as mulheres como os demais, se constituem subjetivamente sob esta cultura e parecem criar identidades que impedem um olhar mais ampliado sobre o sofrimento psíquico. Com a tentativa de superação do entendimento tanto da loucura como do louco, o cuidado exercido nos serviços substitutivos criados a partir do processo de reforma dos modos de cuidar em saúde mental, diferentemente do hospital psiquiátrico, pressupõem espaços para a produção de modos de subjetivação que superem àquelas impostas pela cultura hospitalocêntrica, uma vez que o hospital psiquiátrico/asilo e o isolamento, através de suas práticas asilares/repressoras, acabam com as possibilidades de significação pelos sujeitos.

As particularidades do processo: gênero e saúde mental

No que se refere à Política Nacional de Saúde Mental, entendo ser importante perceber qual o entendimento do cuidado do sujeito que está por trás desta proposta e por dentro do movimento social que lhe deu origem. Discutindo o processo de reabilitação psicossocial e a clínica exercida nos serviços substitutivos, BEZERRA (2001, p.142) ⁶ sugere pensar o sujeito, a partir da psicanálise, como

sendo esta rede de crenças e desejos que em cada organismo singular, é chamado a produzir, pelo fato de que nós, ao contrário das outras espécies, só nos relacionamos com os outros e com nós mesmos, com nossa sexualidade, com nossos desejos, com a alteridade dos outros e da natureza, através da mediação do sentido.

⁵ BEZERRA, Benilton. A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. IN: PITTA. A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): HUCITEC, 2001.

⁶ Idem.

Deste entendimento, percebemos que ainda que tal sujeito possa ser pensado como essa rede de crenças, singular, que inspirou todo o movimento de reforma dos modos de cuidar em saúde mental, algumas particularidades são pouco consideradas na formulação e execução da Política Nacional de Saúde Mental, em especial, as questões de gênero.

Quanto a estas considerações, especificamente com relação ao gênero, o que se pode perceber é que, segundo MALUF (2008)⁷, “se não existe uma política ou programas oficiais de gênero e saúde mental, na prática há uma política sendo implantada ou reproduzida, uma política que implica na medicalização e medicamentação de mulheres usuárias do serviço público.”

Assim, quanto as práticas assistenciais podemos perceber que elas apresentam peculiaridade quanto à questão do gênero, tanto pela busca de alívio do sofrimento, pelas mulheres nas unidades de saúde quanto pelo relacionamento que as mesmas estabelecem com seus pares no seu cotidiano, nos seus lugares de convivência e sociabilidade. Como sugere MALUF (2006: 7)⁸:

Nos estudos antropológicos sobre saúde mental, distúrbios psicológicos e/ou perturbações nervosas o gênero tem aparecido em sua relevância etnográfica- tanto quantitativa, pelo alto índice de mulheres sofredoras desse tipo de perturbação, quanto qualitativa, pelas especificidades da experiência social “feminina” da doença e do sofrimento psicológico, físico-moral ou do nervoso.

Falar da superação de práticas asilares é falar da experiência de mulheres acometidas pelo sofrimento psíquico que, por não terem sido asiladas em função de suas diferenças e/ou sofrimentos, podem produzir novos significados para sua experiência com a loucura e que procuram atendimento nas unidades de saúde. Há, nesse sentido, uma provocação quanto ao papel dos atores desse processo e das concepções de loucura, terapêutica e o louco. PELBART(1990)⁹ propõe uma diferenciação entre loucura e louco, sendo o primeiro uma dimensão essencial de nossa cultura e o segundo um personagem social produzido com o encargo simbólico de corporificar a loucura.

A consideração das relações estabelecidas por elas nos seus espaços de convivência e sociabilidade, nos colocam diante da questão do cuidado, acolhimento e entendimento dos significados do sofrimento na contemporaneidade. Como sugere BEZERRA (2004)¹⁰:

⁷ MALUF, Sônia W. Mesa: **A medicalização do sofrimento e a perda da tristeza**. II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva. UFSC, Florianópolis, 2008.

⁸ MALUF, Sônia W. **Gênero, subjetividades e saúde mental**. Práticas e representações sobre “saúde mental” através de uma abordagem de gênero. Projeto de Pesquisa. UFSC, 2006.

⁹ PELBART, Peter Pal. Manicômio mental — a outra face da clausura. In: Lancetti, Antonio (org.). **SaúdeLoucura** 2. São Paulo: Hucitec, p. 130-138, 1990.

¹⁰ BEZERRA, Benilton Jr. O cuidado nos Caps: os novos desafios. IN: ALBUQUERQUE, P;LIBÉRIO, M.(Orgs). **O Cuidado em Saúde Mental: Ética, Clínica e Política**.Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004.

qualquer dispositivo de cuidado (CAPS ou outros) visa não apenas evitar o sofrimento desnecessário, mas também criar espaços de tolerância e modos de acolhimento e convivência com aquilo que – na vida subjetiva – é da ordem do intratável, do inevitavelmente doloroso, do que “não tem remédio nem nunca terá.

O sofrimento é entendido aqui não apenas como uma categoria nosográfica, mas como experiência subjetiva e elemento mediador das mulheres nas suas relações cotidianas. SILVEIRA (2000)¹¹ em sua pesquisa sobre a questão dos *nervos* numa comunidade do Campeche demonstra como a questão dos nervos é traduzida na sua dimensão relacional e sociocultural, no sentido de que é um mediador das relações naquela comunidade alegando que

Na sua multiplicidade de apresentações, usos e finalidades, pude compreender os casos dos nervos entre as mulheres do Campeche como atos ou cenas representativas de crises dentro dos dramas sociais que se desenvolvem à custa de situações relacionais, as quais demandam formas coletivas de resolver ou de reequilibrar o grupo social envolvido. (p.89)

Para SILVEIRA (2000,p.84): “Além disso, gênero tem motivado o atendimento diferenciado na assistência médica, seja pela especificidade de características médico-fisiológicas, seja pelos preconceitos e estereótipos médicos a ele ligados.”

Um conjunto de dados apresentado no relatório da pesquisa de avaliação - CAPS Sul, coordenada por KANTORSKI(2007)¹², demonstra o quanto às mulheres tem estado presentes no campo da saúde mental, seja como usuárias dos serviços de saúde, familiares ou como trabalhadoras e gestoras, revelando seu protagonismo nas transformações. Os dados demonstram que dos 30 coordenadores de CAPS da região sul do país, 28 são mulheres, dos trabalhadores nestes serviços, 78% são mulheres e dos familiares que frequentam os mesmos, 71,7% são mulheres.

Assim, acredito que podemos pensar no gênero enquanto um modo de constituição de subjetividades que se apresenta na mesma medida da complexidade da experiência do sofrimento psíquico que aparece com frequência na experiência feminina.

Enfrentamento e superação de práticas asilares

O reconhecimento dos diversos recursos existentes e a compreensão dos espaços relacionais no território constitui-se numa das estratégias para compreender as diferentes

¹¹ SILVEIRA, Maria Lucia da. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2000.

¹² CAPSUL- Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil:Relatório/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, Ministério da Saúde. Coordenação: Luciane Prado Kantorski. Pelotas,2007.

possibilidades de subjetivação e constituição de sujeitos. Tais processos são entendidos aqui como “a produção de modos de existência ou estilos de vida”. (DELEUZE 1992: 142)¹³

Entendo que para a consolidação de um modelo substitutivo é necessário discutir como as mulheres percebem a questão do adoecimento no seu dia-a-dia, nos lugares de uso comum bem como de que forma se relacionam entre si e com as demais pessoas, acometidas ou não de algum sofrimento. Como diz SILVEIRA (2000: 19)¹⁴:

Portanto para pensar as causas das doenças é preciso pensar, necessariamente, a cultura e a sociedade e, estendendo a compreensão da doença como experiência, analisar seu significado para o próprio doente e para os que o cercam, buscando as implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, e entre a sociedade e a cultura.

A pesquisa e a prática enquanto processos necessários à manutenção deste *movimento* e à reforma da assistência em saúde mental remetem à reflexão acerca do seu *locus operandi*, o espaço onde vivem e se relacionam pessoas portadoras de subjetividades, com características, sonhos, histórias e projetos de vida reais. A invenção de uma nova realidade implica na capacidade de construção conjunta de uma sociedade, em que o exercício pleno da cidadania seja capaz de instituir um novo conceito de saúde, que supere as práticas asilares/repressoras e as limitações do modelo biomédico.

Acredito que a consolidação de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, com acesso a formas contemporâneas de atenção e cuidados em saúde mental, exige a utilização de múltiplos recursos, da diversidade e ampliação de saberes capazes de elevar a capacidade de análise e de intervenção.

¹³ DELEUZE, Gilles. **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

¹⁴ Idem